

## Разрешение на Прием Лекарств

(Authorization to Administer Medication)

**Использование формы:** Условия заполнения этой формы соответствуют требованиям пункта 55.08(4)(f) DWD, Wisconsin Administrative Code.

**Инструкции:** Заполните эту форму до того как будет произведен ребенком первый прием лекарств в центре по уходу. Вложите эту форму в детскую медицинскую карту после того, как лекарство больше не требуется/не разрешаются.

Предоставленная Вами персональная информация может быть использована для дополнительных целей (согласно Privacy Law, s. 15.04 (1)(m)).

Имя провайдера

Имя ребенка

Дата рождения (месяц, день, год)

### ЛЕКАРСТВО

Название лекарства	Доза	Назначенное время приема (лекарств)	Время приема лекарств Период (Даты)	
			С	По
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		

Разрешение на прием лекарств – Специальные инструкции

### РАЗРЕШЕНИЕ

Настоящим я разрешаю применение вышеуказанного(ых) лекарств для моего ребенка вышеназванным провайдером.

Подпись – Родитель или Опекун

Дата Подписи